Aus der Universitäts-Frauen-Klinik Breslau
Direktor: Prof. Dr. Fraenkel

Über die kindliche Mortalität bei Hydramnion

*

Auszug
aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Walter Vogt
in Hundsfeld

*

Breslau 1924

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau
Berichterstatter: Prof. Dr. Fraenkel

Druckerei Guido Betenstedt & Winter Breslau

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

In den Jahren 1921 und 1923 erschienen in der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie drei Arbeiten, die die Lebenswertung der Hydramnion-Kinder behandelten. Krahula (Universitäts-Frauen-Klinik, Bonn) fand eine Mortalität von 96,2%, (Poeck Universitäts-Frauen-Klinik, Königsberg) gab 59,6% und Floris (II. Universitäts-Frauen-Klinik, Wien) nur 28% an. Diese differenten Resultate finden ihre Erklärung darin, daß dreiviertel der Krahula'schen Fälle Kuriosa von Mißbildungen darstellen, die der Literatur entnommen sind, während die Arbeit von Floris geringe Grade von Hydramnion aufführt, mit auffallend wenig geburtshilflichen Operationen.

Um ein differenzierendes Urteil über die Lebensaussichten der Hydramnionkinder uns zu bilden, müssen wir die Ursachen der Hydramnionbildung und damit der Fruchtwasserentstehung überhaupt streifen. Daß das Fruchtwasser kein reines Transsudat ist, wie ältere Forscher annahmen, bewiesen die Untersuchungen von Zangemeister und Meißl, die eine Hypotonie des Fruchtwassers gegenüber dem mütterlichen Blutserum fanden; sie erklären diese durch einen wesentlichen Gehalt des Liquor Amnii an foetalem Harn. Demgegenüber hält Fehling die Kraft des foetalen Herzens für viel zu gering, um bei normalen Verhältnissen eine regelmäßige Harnsekretion zu unterhalten. Ahlfeld, Polano u. a. nehmen auf Grund mikroskopischer Untersuchungen eine sekretorische Tätigkeit des Amnionepithels an, analog den serösen Höhlen des Körpers.

Der Grund zur Hydramnionbildung liegt entweder im mütterlichen Organismus (Herz- und Nierenkrankheiten, Lues, Leukämie, Acromegalie) oder in der Frucht (ein- und zweieiige Zwillinge, intrauterine Erkrankungen des Kindes, wie congenitale Herzfehler, Hindernisse im venösen Blutabfluß und Mißbildungen, besonders Deformitäten des Schädels: Anencephalus, Hemicephalus, Hydrocephalus). Wohlberechtigt erscheint gerade für die häufige Kombination dieser Schädeldeformitäten mit Hydramnion die Theorie von Cramer: wenn nämlich durch Ausschaltung der dem Schluckapparat übergeordneten Hirncentra der Schluckreflex ausfällt, so ist der Foet nicht in der Lage, Fruchtwasser zu

trinken. Das Hydramnion ist dann die Folge mangelnder Resorption. L. Fraenkel wies auf eine primär ovarielle Aetiologie hin, wahrscheinlich gemacht durch das Zusammentreffen mancher Formen von Hydramnion, Ei- und Fruchterkrankung mit cystischen Ovarialtumoren, die sich im Wochenbett wieder zurückbilden. Schließlich sind noch Erkrankungen der Placenta (Habituelles Hydramnion) und hydropische Erkrankungen der Frucht (Hydrops foetus universalis) wegen ihrer Kombination mit Hydramnion zu erwähnen.

Wie liegen nun diese Verhältnisse bei dem Material der Breslauer Universitäts-Frauen-Klinik?

Unter 199 Müttern fanden sich: 5 Fälle von Vitium cordis, 9 Fälle von Nephritis und 6 Fälle von Lues. An selteneren Erkrankungen traten auf: 2mal Morbus Basedow, 1mal eine kindskopfgroße torquierte Parovarialcyste, 4mal chronische Anaemie, 1mal Acromegalie. Von den Kindern der so erkrankten Frauen blieb nur ein Drittel am Leben.

Von den 237 Kindern zeigten 7 sichere Anzeichen von Lues, in 19 Fällen fand sich Ascites und Anasarka, fast ausnahmslos begründet durch pathologische Befunde im mütterlichen oder kindlichen Organismus. 24 Kinder wiesen Mißbildungen auf, davon waren 15 Deformitäten des Schädels, und zwar: 6 mal Anencephalus, 5 mal Hemicephalus, 4 mal Hydrocephalus. Die Mortalität dieser Kinder betrug rund 95 %.

In 28 Fällen wurden Zwillinge geboren, d. s. 14,1 %, davon 11mal eineiige, die ja den Mißbildungen zuzurechnen sind, und 9mal zweieiige. In den übrigen 8 Fällen bestehen keine näheren Angaben. Hydramnion beider Früchte fand sich bei den eineiigen 4mal, bei den zweieiigen 3mal.

Die Lebensaussichten der Hydramnionkinder boten nun folgendes Bild:

Die Gesamtmortalität betrug	50,2 %
„ Mortalität der Einlingskinder betrug	44,4 %
„ „ „ Zwillingskinder „	67,9 %
und zwar die der eineiigen	86,4 %
„ „ zweieiigen	27,8 %

Unsere Resultate stehen also mit Poeck in der Mitte zwischen den extrem differenten Resultaten aus Bonn und Wien.

Womit ist diese schlechte Prognose zu begründen?

1. Durch eine hohe Zahl von Frühgeburten, die durch die frühzeitige Ausdehnung des Uterus bei Hydramnion bedingt wird. Vor dem normalen Schwangerschaftsende kamen 40,9 % aller Fälle zur Entbindung. Zu bemerken ist, daß die größte Zahl der Zwillingsgeburten in den 6. Monat fiel.

2. Durch die Häufigkeit falscher Fruchtlagen, die enorm hohe Prozentsätze aufweisen. Nur 57 % der Einlingskinder wurden in Schädellage geboren (10 % in Beckenendlage, 22 % in Querlage, 11 % in Deflexions- und abgewichener Lage).
3. Durch die damit zusammenhängende hohe Zahl notwendiger operativer Eingriffe. Spontan, bzw. mit Hilfe künstlicher Blasensprengung wurden geboren 46,3 %. An Eingriffen wurden in den 199 Fällen ausgeführt: Wendung und Extraction 53 mal, Extraction 20 mal, Forceps 20 mal, Perforation 10 mal, Vorfälle der Nabelschnur waren 13. Die Sektion dieser Kinder ergab keine sonstige Anomalie.
4. Durch die Häufigkeit von Mißbildungen und Zwillingsgeburten. Von den 24 mißbildeten Kindern blieb nur ein Fall von Hydrocephalus am Leben.

Prophylactische Maßnahmen zur Besserung der Lebensprognose dieser Kinder haben in erster Linie eine auf Verminderung der Fruchtwassermenge beruhende Schwangerschaftsverlängerung anzustreben. Herzmittel, Diaphorese und Diurese, Purgantien, antiluetische Kuren sind vor allem angezeigt. Versuche der abdominalen Punction des Uterus wie sie Henkel und E. Wormser unternahmen, haben nicht nur in ihrem Erfolge versagt, sondern sie sind auch für Mutter und Kind nicht ungefährlich (Uterusruptur, Anstechen der Aa. uterinae, Kindestötung.) Zu raten ist, das Fruchtwasser durch vaginale Punction der Blase langsam abfließen zu lassen und eine Impression des kindlichen Schädels von außen her anzustreben. Für die Fälle, die am normalen Schwangerschaftsende zur Entbindung kommen, und in denen die Röntgenaufnahmen keine Deformitäten, besonders des Schädels, wohl aber abnorme Lagen, Haltungen und Vorfall oder Vorliegen der oberen Extremitäten anzeigen, ist die Sectio caesarea zu erwägen, um so die Mortalität des geburtshilflichen Eingriffes möglichst zu verringern. Machen wir doch neuerdings bei verschleppter Querlage und ungünstigen Deflexionslagen von der Sectio Gebrauch, nur um die kindliche Mortalität zu verbessern. Wenn es also gelänge, die gesunden Kinder in abnormer Lage oder Haltung vorher zu erkennen — und dazu ist das Röntgenverfahren in erster Linie berufen — so könnte die Mortalität der Hydramnionkinder erheblich herabgesetzt werden.